ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol. 24-24 Date de publication : 15 décembre 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

		Pagination officielle :
DESCRIPTION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES CAUSÉES PAR LE VIRUS VARICELLE-ZONA : À LA RECHERCHE DE MEILLEURES MÉTHODES DE LUTTE – PARTIE 1. . . . . F-1	193-198	Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur.
SURVEILLANCE DES MALADIES – RÔLE DE L'OMS F-4	198-199	
AVIS AUX ABONNÉS. F-5	200	

DESCRIPTION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES CAUSÉES PAR LE VIRUS VARICELLE-ZONA : À LA RECHERCHE DE MEILLEURES MÉTHODES DE LUTTE – PARTIE 1*

Introduction

Cette série de deux articles vise à décrire les moyens mis en oeuvre pour lutter contre l'infection causée par le virus varicelle-zona (VZV) et à résumer les discussions qui sont en cours au Canada à ce sujet chez les intervenants de la santé publique. Ce premier article décrit les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des maladies causées par le virus varicelle-zona et résume les données épidémiologiques recueillies grâce à la surveillance systématique nationale de cette maladie au Canada. Le deuxième article, qui paraîtra dans un prochain numéro, décrira les moyens mis en oeuvre pour lutter contre l'infection causée par le VZV, notamment dans les pays où il existe un vaccin homologué; on y décrira également les progrès réalisés au Canada en vue de l'adoption d'une stratégie de lutte contre la varicelle et le zona.

Perspective historique et tableau clinique

On sait maintenant que le VZV cause deux maladies cliniques : la varicelle et le zona. Dans les anciens traités de médecine, le zona était décrit comme une maladie indépendante de la varicelle. De son côté, la varicelle était souvent confondue avec la variole; ce n'est que vers 1760 que s'est effectuée la différenciation clinique entre la variole et la varicelle[1]. Jusqu'en 1940, on enseignait à l'université Harvard que le zona et la varicelle étaient des maladies distinctes et sans rapport entre elles[2]. Après que Thomas Weller et ses collègues eurent isolé le VZV à la fois chez les patients atteints de varicelle et de zona, il a été établi de façon définitive en 1958 que ce virus est l'agent causal de ces deux entités cliniques[1,2].

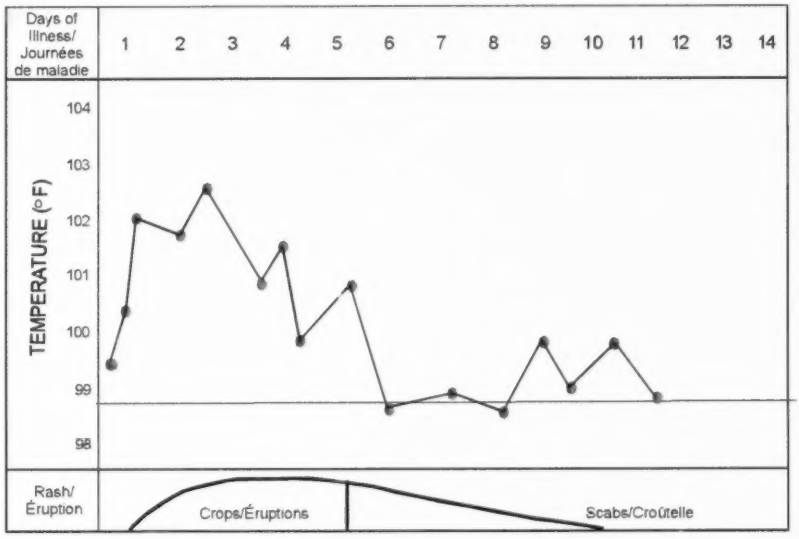
La varicelle est une maladie extrêmement contagieuse causée par une primo-infection par le VZV; elle se caractérise par une phase prodromique brève ou absente, qui est suivie de l'apparition de fièvre et d'une éruption prurigineuse caractéristique. La figure 1 illustre l'évolution clinique typique de cette maladie. L'éruption se produit par poussées successives, et les lésions maculaires initiales se transforment rapidement et successivement en papules, puis en vésicules, en pustules qui finissent par se recouvrir de croûtes. En règle générale, on observe trois poussées successives de lésions dont le nombre total peut varier de 250 à 500, qui surviennent sur une période de 3 jours; pendant la phase clinique aiguë de la maladie, les cinq types de lésions peuvent être présentes en même temps[1,3]. L'éruption affecte essentiellement la partie centrale du corps, les lésions étant concentrées sur le tronc, le cuir chevelu et le visage. On peut poser le diagnostic clinique de varicelle en présence de l'éruption caractéristique et de certains facteurs épidémiologiques, comme des antécédents indiquant une réceptivité et un contact connu avec une personne atteinte de varicelle ou de zona. Les cas de réinfection sont rares et les symptômes de la maladie sont alors généralement bénins[3].

Le virus se propage par des gouttelettes infectieuses aéroportées et par contact direct avec les sécrétions respiratoires ou le liquide contenu dans les vésicules; la période d'incubation moyenne varie de 14 à 16 jours (intervalle maximal de 10 à 21 jours)[3]. L'infection est extrêmement contagieuse, l'infectivité étant maximale 1 ou 2 jours avant le début de l'éruption et jusqu'à 5 jours après la première poussée de lésions ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient recouvertes de croûtes. Selon les estimations, dans la plupart des pays à climat tempéré, > 90 % des personnes sont infectées avant l'âge de 14 ans[4]. Le taux d'attaque secondaire s'élèverait à 90 % et, dans le cas des sujets contacts réceptifs vivant sous le même toit, il serait de 96 %[1,5,6].

Les complications de la varicelle sont rares chez les enfants immunocompétents; on dénombre < 2 décès pour 100 000 cas chez les enfants de 1 à 14 ans[1,4]. Les complications et les décès associés à la varicelle sont cependant plus fréquents chez les adultes (jusqu'à 25

* Cet article est reproduit avec la permission de *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination* (1998;6:35-8).

Figure 1
Schematic diagram illustrating the typical clinical course of chickenpox*



* La figure est reproduite avec la permission de Krugman S, Katz SL, Gershon AA et coll., éds. *Infectious diseases of children*. 9e éd. St. Louis, MO : Mosby Year Book Inc, 1992: p. 591.

pour 10 000[6]). Selon des études fondées sur des populations aux États-Unis, les complications les plus fréquentes chez les malades hospitalisés âgés de < 15 ans sont les surinfections bactériennes, le syndrome de Reye, la pneumonie et l'encéphalite et la pneumonie et l'encéphalite, dans le cas des sujets âgés ≥ 15 ans[7,8]. Selon les statistiques par âge recueillies aux États-Unis de 1972 à 1978, les personnes âgées de ≥ 20 ans composaient < 2 % des cas, mais représentaient 11,6 % des cas d'encéphalite consécutive à une varicelle et 27,6 % des décès causés par cette maladie[9]. Selon des données analogues pour la période de 1990 à 1994, < 5 % des cas de varicelle, mais 55 % des décès dus à cette maladie ont été recensés chez des personnes > 20 ans[10]. L'encéphalite attribuable à la varicelle est associée à un taux de mortalité d'environ 10 %, et 15 % des survivants auront des séquelles de la maladie[4]. Des rapports récents faisant état de cas d'infection concomitante par l'agent de la varicelle et par un streptocoque invasif du groupe A semblent confirmer que le risque d'infection à streptocoque du groupe A augmente après la varicelle[11,12]. Chez les sujets immunodéprimés, particulièrement ceux dont l'immunité cellulaire est gravement compromise, l'infection causée par le VZV est souvent grave et parfois même fatale, alors qu'elle est relativement bénigne, spontanément résolutive et brève (durée de 4 à 5 jours) chez les sujets immunocompétents plus jeunes.

Le zona survient par suite de la réactivation du VZV qui était demeuré latent après la primo-infection. Sur le plan clinique, le zona est caractérisé par une éruption vésiculaire douloureuse, unilatérale et disséminée le long du trajet d'un ou de plusieurs dermatomes, qui dure de quelques jours à plusieurs semaines; il arrive que des patients atteints de zona ne présentent aucune éruption. Bien que l'éruption soit généralement localisée, se limitant à un, deux ou trois dermatomes, chez une minorité de patients, elle se propage au-delà des dermatomes et cause des lésions généralisées similaires à celles de la varicelle. On ne connaît pas les facteurs qui déterminent la réactivation du virus; cependant, une faible immunité cellulaire contre le VZV, en présence d'une immunité humorale normale, semble constituer une condition nécessaire mais non suffisante à la survenue du zona[1]. Le zona frappe davantage les personnes âgées que les jeunes, et son incidence augmente nettement après 50 ans; il est également plus répandu chez les sujets qui présentent une déficience immunitaire que chez les sujets immunocompétents[1]. Les algies post-zostériennes, qui surviennent au moins un mois après le début de l'éruption et peuvent durer jusqu'à 1 an, sont décrites comme une complication redoutée du zona; elles consistent en douleurs vives, lancinantes ou térébrantes. Ces douleurs seraient attribuables, du moins en partie, à la cicatrisation des nerfs lésés par le virus, pendant leur régénération[1]. Il existe une forte corrélation entre la survenue d'algies post-zostériennes et l'âge des personnes atteintes de zona. Celles-ci peuvent transmettre le virus aux personnes qui n'ont pas eu la varicelle tant que les nouvelles lésions ne se sont pas desséchées; le virus est présent dans les lésions cutanées mais ne semble pas être transmis par l'appareil respiratoire; la transmission se fait donc par contact direct.

Le syndrome de varicelle congénitale survient dans de rares cas après l'infection maternelle par le VZV pendant la grossesse. Il ne surviendrait que dans 2 % des cas de varicelle chez la femme enceinte et serait encore plus rare dans les cas de zona pendant la grossesse. Les manifestations cliniques du syndrome de varicelle congénitale sont bien documentées : cicatrisation de la peau des dermatomes, hypoplasie des extrémités et présence de divers déficits neurologiques[1,3]. Les nouveau-nés atteints peuvent développer des lésions cutanées vésiculaires récurrentes évocatrices du zona, qui peuvent, du reste, être les seuls signes d'une infection congénitale si l'infection maternelle est survenue vers la fin de la grossesse. Lorsque

la femme contracte la varicelle de 5 jours avant à 2 jours après l'accouchement, le risque d'une infection sévère ou fatale du nouveau-né augmente considérablement. Ce phénomène est attribuable à l'insuffisance d'anticorps maternels protecteurs et vraisemblablement aussi à l'immaturité de l'immunité à médiation cellulaire du nourrisson[1,3]. On peut prévenir ou atténuer la gravité de cette maladie potentiellement fatale chez les nourrissons en procédant sans tarder à une immunisation passive par l'administration d'immunoglobulines spécifiques du virus varicelle-zona.

Épidémiologie de la varicelle au Canada

De 1924 à 1958, la varicelle était une maladie à déclaration obligatoire partout au Canada; elle l'est redevenue en 1986[13]. Cependant, depuis 1986, la déclaration des cas de varicelle au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) n'a jamais été universelle dans les 12 provinces et territoires, car le nombre de provinces et territoires ayant déclaré des cas entre 1986 et 1998 a varié de huit à 10. À l'heure actuelle, on ne dispose de données sur l'incidence de cette maladie que pour Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, l'Alberta, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, qui représentent 55 % de la population canadienne. De 1992 à 1996, le taux d'incidence annuel brut moyen de la varicelle s'établissait à 240 cas pour 100 000 habitants (d'après les données communiquées par les provinces et territoires qui ont déclaré des cas); pendant cette période, il a varié de 126 à 301 cas pour 100 000 habitants (données inédites du LLCM). Le nombre réel de cas déclarés chaque année de 1992 à 1996 a varié de 17 788 à 50 836; en extrapolant ces données à l'ensemble de la population canadienne, on peut estimer à 69 200 cas l'incidence annuelle moyenne de cette maladie. En raison de la grande contagiosité de la varicelle, on estime que son incidence annuelle équivaut grosso modo à la cohorte de naissance annuelle[1]. Ainsi, on peut penser qu'environ 380 000 cas de varicelle surviennent chaque année au Canada, ce qui signifie que le taux actuel de déclaration des cas, dans les provinces et territoires qui communiquent des données, est de < 20 % inférieur au nombre de cas prévus.

Environ 34 % des cas déclarés de 1992 à 1996 étaient des enfants de < 5 ans; 86 % des sujets avaient < 10 ans et 95 %, < 15 ans. Le taux d'incidence annuelle moyenne le plus élevé pour tous les groupes d'âge se trouvait parmi les enfants d'âge scolaire (1 874 pour 100 000 habitants); venaient ensuite les enfants de 1 à 4 ans (1 118 pour 100 000 habitants), les enfants de 10 à 14 ans (384 pour 100 000 habitants) et les bébés de < 1 an (367 pour 100 000 habitants). La répartition globale des cas selon le groupe d'âge ressemble à celle qu'on avait observée au Canada au milieu des années 80[13] et aux États-Unis, de 1980 à 1990[6]. Il est possible que les médecins soient plus portés à déclarer les cas de varicelle chez les jeunes enfants, ce qui contribuerait à gonfler le taux d'incidence chez les groupes d'âge plus jeunes.

Prévention de la varicelle

Au Canada, la prise en charge de la varicelle après l'exposition consiste toujours à administrer des immunoglobulines du virus varicelle-zona aux sujets réceptifs qui sont à risque élevé de morbidité grave ou de mortalité, et à recourir à des thérapeutiques antivirales. Un vaccin vivant atténué contre la varicelle appartenant à la souche Oka a été développé premièrement au Japon en 1974 et les vaccins ont été homologués au Japon, en Corée, dans plusieurs pays européens et aux États-Unis. L'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité du vaccin seraient toutes favorables, aussi bien chez les enfants bien portants que chez les enfants atteints de leucémie[6,14,15]. L'efficacité du vaccin antivaricelleux homologué aux États-Unis, depuis son homologation, est estimée à 86 % contre toutes les formes de la varicelle et à 100 % contre les formes modérées ou graves de la maladie[15]. Il n'existe pas encore de vaccin homologué au Canada. Le LLCM prévoit organiser au début de 1999 une conférence de concertation, en collaboration avec différents partenaires du domaine de la santé publique, pour discuter des moyens de lutter contre la varicelle au Canada. On devrait aussi connaître, au début de 1999, les résultats des analyses coûts-avantages de la vaccination systématique contre la varicelle dans le cadre du système de soins de santé canadien.

Importance pour la santé publique

Le fardeau qu'imposent la varicelle et le zona au Canada n'est pas très bien documenté dans la littérature publiée jusqu'à maintenant. La varicelle chez l'enfant entraîne souvent l'absence scolaire pour l'enfant, de même que la perte de journées de travail (et les pertes de productivité correspondantes) pour les soignants naturels. Selon une étude réalisée aux États-Unis, les deux-tiers des mères en emploi (en moyenne 2,5 jours) et le tiers des pères en emploi (0,8 jours) ont déclaré des journées de travail perdues pendant une période de 12 mois[16]. Les journées de travail perdues sont encore plus nombreuses lorsque c'est un adulte qui contracte la varicelle, puisque la maladie est alors plus sévère et que la survenue de complications nécessitant une hospitalisation est plus probable. Les formes communes de la varicelle et du zona peuvent également entraîner des pertes de travail pour les travailleurs de la santé réceptifs ou infectés, qui présentent un danger pour les patients immunodéprimés; l'octroi de congés à ces employés peut grever sérieusement les budgets des services de santé et des hôpitaux. L'hospitalisation des malades qui présentent des complications engendre des coûts supplémentaires en soins de santé aussi bien pour les individus malades que pour la société. Enfin, quoique rares, les cas de syndrome de varicelle congénitale occasionnent des coûts prohibitifs pendant toute la vie des personnes qui en sont atteintes. Tous ces facteurs alourdissent le fardeau global qu'impose le VZV, fardeau qui pourrait être sensiblement allégé si la vaccination permettait de réduire l'incidence et la morbidité de la varicelle.

Dans un article sur la varicelle paru en 1996, décrivant l'histoire et les aspects cliniques de cette maladie, Thomas Weller, qui, avec ses collègues, a été le premier à isoler le VZV, tenait les propos suivants[2] : «Le VZV ne peut plus être considéré comme l'agent d'une maladie bénigne. Au moment où nous analysons les indications et la nécessité d'un vaccin contre la varicelle, la gravité croissante des maladies causées par ce virus énigmatique constitue à elle seule un argument fort convaincant en faveur de la vaccination.» (Traduction)

Cette observation peut s'avérer particulièrement pertinente pour le milieu de la santé publique au Canada au moment où nous nous apprêtons à discuter de l'opportunité d'introduire la vaccination systématique contre la varicelle. Faut-il instaurer un tel programme? Quelle partie de la population devrait être ciblée dans le cadre d'un programme de vaccination financé par les fonds publics? Les réponses à ces questions dépendront non seulement du vaccin homologué, mais aussi d'un certain nombre de facteurs habituellement pris en considération au moment d'instaurer des programmes de santé publique : les objectifs désirés du programme, les avantages et les risques du programme de vaccination, les coûts du programme par rapport à ses avantages, et la concurrence avec d'autres programmes de vaccination ou de santé publique pour l'obtention des budgets nécessaires à l'introduction ou à l'élargissement d'autres initiatives. Le deuxième article de cette série exposera certains des arguments qui militent pour et contre l'introduction de la vaccination systématique contre la varicelle (entre autres, des considérations sur l'efficacité et

l'innocuité du vaccin, et sur son rapport coûts-avantages), d'après l'expérience d'autres pays.

Remerciements

Nous tenons à remercier les docteurs Robert Pless et Theresa Tam (Division de l'immunisation, LLCM) pour leurs commentaires fort utiles sur cet article, ainsi que la Division de la surveillance des maladies, qui nous a aidés à extraire des données épidémiologiques du Registre national des maladies à déclaration obligatoire.

Références

1. Takahashi M, Gershon AA. *Varicella vaccine*. Dans : Plotkin SA, Mortimer EA, éds. *Vaccines*. 2e éd. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994:387-417.
2. Weller TH. *Varicella: historical perspective and clinical overview*. J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S306-09.
3. Gershon AA, LaRussa P. *Varicella-zoster virus infections*. Dans : Krugman S, Katz SL, Gershon AA et coll., éds. *Infectious diseases of children*. 9e éd.
   St. Louis, MO: Mosby Year Book Inc, 1992:587-614.
4. Fairley CK, Miller E. *Varicella-zoster virus epidemiology – a changing scene?* J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S314-19.
5. Tarlow MJ, Walters S. *Chickenpox in childhood – a review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection*. J Infect 1998;36(Suppl 1):39-47.
6. CDC. *Prevention of varicella – recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1996;45(RR-11):1-36.
7. Guess HA, Broughton DD, Melton III LJ et coll. *Population-based studies of varicella complications*. Pediatrics 1986;78(Suppl):723-7.
8. Choo PW, Donahue JG, Manson JE et coll. *The epidemiology of varicella and its complications*. J Infect Dis 1995;172:706-12.
9. Preblud SR. *Age-specific risks of varicella complications*. Pediatrics 1981;68:14-7.
10. Watson B, Goodnow K, Levenson R et coll. *Varicella-related deaths among adults – United States, 1997*. MMWR 1997;46:409-12.
11. Davies HD, McGeer A, Schwartz B et coll. *Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada*. N Engl J Med 1996;335:547-54.
12. Barry MA, Matthews K, Tormey P. *Outbreak of invasive Group A **Streptococcus** associated with varicella in a childcare center – Boston, Massachusetts, 1997*. MMWR 1997;46:944-48.
13. Varughese PV. *Chickenpox in Canada, 1924-87*. CMAJ 1988;138:133-34.
14. Asano Y, Suga S, Yoshikawa T et coll. *Experience and reason: twenty-year follow-up of protective immunity of the Oka-strain live varicella vaccine*. Pediatrics 1994;94:524-26.
15. Izurieta HS, Strebel PM, Blake PA. *Postlicensure effectiveness of varicella vaccine during an outbreak in a child care center*. JAMA 1997;278:1495-99.
16. Lieu TA, Black SB, Rieser N et coll. *The cost of childhood chickenpox: parents' perspective*. Pediatr Infect Dis J 1994;13:173-77.

Source : *Dre A Bentsi-Enchill, MSc, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ont.).*

Note de la rédaction

Il existe d'autres données épidémiologiques sur les cas hospitalisés dans les 11 hôpitaux pédiatriques qui participent au système de surveillance IMPACT (Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins); ces données doivent être publiées sous peu par les chercheurs du système IMPACT. Par ailleurs, plusieurs études sur l'épidémiologie des infections causées par le VZV et leurs répercussions sur la santé publique au Canada sont en cours et devraient fournir d'autres renseignements fort utiles.

Notes internationales

SURVEILLANCE DES MALADIES – RÔLE DE L'OMS

Depuis 1992, les craintes suscitées par les maladies émergentes et réémergentes ont donné lieu à plusieurs initiatives nationales et internationales visant à rétablir et à améliorer les dispositifs de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles. En 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé instamment à tous les États Membres de renforcer la surveillance des maladies infectieuses afin de détecter rapidement les maladies réémergentes et d'identifier les maladies infectieuses nouvelles, reconnaissant que le succès de cette entreprise dépendrait de la capacité d'obtenir des informations sur les maladies infectieuses et de la volonté de diffuser ces informations aux échelons national et international.

L'un des principaux moyens mis en oeuvre par l'OMS pour créer un système mondial de surveillance a été la mise en place d'un «réseau des réseaux» qui regroupe les réseaux de laboratoires et de centres médicaux existants aux niveaux local, régional, national et international en un super-réseau de surveillance. Ce réseau est en train d'être construit avec les 191 États Membres de l'OMS et d'autres partenaires, dont le groupe spécial Union européenne-États-Unis sur les maladies transmissibles émergentes et le programme d'action commun États-Unis-Japon. Le réseau a également été cité comme un domaine de collaboration par les pays membres du G-7 et G-8 lors des Sommets de Lyon (1996) et de Denver (1997).

Un exemple concret : la surveillance mondiale de la grippe

La surveillance de la grippe fait l'objet de l'un des systèmes de surveillance et de contrôle les plus élaborés de l'OMS. Mis en place en 1948, il est devenu au fil des années un partenariat mondial des plus performants. Ce réseau comprend maintenant 110 laboratoires collaborateurs dans 82 pays occupés à surveiller continuellement les virus grippaux isolés localement et à communiquer des informations sur l'émergence et la propagation des différentes souches. Les systèmes et laboratoires nationaux de dépistage ont été renforcés par l'OMS et ses partenaires sur la base de normes internationalement acceptées, et les isolements de virus provenant de laboratoires nationaux sont analysés plus en détail dans l'un des quatre centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe. Grâce aux informations ainsi recueillies, les experts associés au système de surveillance peuvent formuler des recommandations sur les trois souches virales à inclure dans le vaccin antigrippal de la saison suivante. Ainsi, les données issues de la surveillance mondiale débouchent chaque année sur une action importante et uniforme de santé publique. La mise au point annuelle du vaccin est également le fruit d'une collaboration extremement réussie entre les secteurs public et privé.

Parallèlement au programme de surveillance, des plans nationaux et mondiaux de lutte systématique sont établis pour faire face à la pandémie suivante de grippe. Le système de surveillance et les

éléments du plan mondial de lutte contre la pandémie ont été mis à l'épreuve lors de la poussée du virus de la grippe aviaire A (H5N1) survenue chez des sujets humains à Hong Kong (Région administrative spéciale de la Chine) fin 1997. L'identification rapide de la souche virale dans l'un des laboratoires collaborateurs aux Pays-Bas suivie par la mobilisation et la coordination d'une équipe d'investigation des centres collaborateurs de l'OMS aux États-Unis, des études épidémiologiques et de laboratoire approfondies, la diffusion immédiate d'informations au public, la mise au point de nécessaires d'épreuves diagnostiques destinés à être distribués à l'échelle internationale et l'identification d'une lignée virale appropriée pour la mise au point d'un vaccin, autant d'éléments qui ont contribué à la mise en place d'une action opportune, ordonnée et efficace contre cette flambée.

Capacités de préparation et de réponse de l'OMS en cas d'épidémie

Dès qu'une flambée de cas de maladie transmissible a été confirmée, des informations pertinentes sont publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* et diffusées sur Internet, où elles peuvent être consultées par le grand public <http://www.who.int/emc/>. En même temps, une action internationale est mise en place si nécessaire avec l'aide de partenaires techniques et humanitaires. Une équipe de l'OMS arrive sur les lieux dans les 24 heures qui suivent la confirmation de la flambée pour procéder à une première évaluation, prendre des mesures de lutte immédiates et préparer au besoin une intervention internationale plus vaste. Associant la réponse internationale à la surveillance systématique mondiale, le réseau ainsi constitué à l'échelle mondiale peut être sollicité, de sorte qu'aucun pays ou organisme technique ou humanitaire ne doit à lui seul supporter tout le poids de l'action à engager.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 73, N° 43, 1998.*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Avis

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA (RMTC) ABONNEMENT ANNUEL

En qualité d'abonné au RMTC, vous venez de recevoir un avis de renouvellement de l'Association médicale canadienne (AMC) qui s'occupe de l'imprimerie et de la mise en marché de la publication. Remarquez bien que le tarif annuel préférentiel a été discontinué; il n'y aura qu'un seul tarif pour 1999. Votre abonnement pour l'année 1999 vous donnera donc droit à 24 numéros bimensuels, un répertoire annuel, un Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, et six déclarations du comité consultatif. L'on continuera à publier les suppléments au RMTC. Le prix de ces suppléments sera fixé individuellement. La publication de chaque supplément sera annoncée dans le RMTC. Comme par le passé, vous pourrez vous les procurer directement de l'AMC.

Le RMTC de 1999 ainsi que ses suppléments seront accessibles également sur le site Web du LLCM à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	Dr John Spika	(613) 957-4243
	Dr Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Francine Boucher	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Association médicale canadienne	N° de téléphone :	(613) 731-8610 Poste 2307
Centre des services aux membres		ou (888) 855-2555
1867 promenade Alta Vista	FAX :	(613) 236-8864
Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6		

Abonnement annuel : 83 $ (et frais connexes) au Canada; 109 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>. On peut y accéder également d'un télécopieur, à toute heure, en utilisant le service FAX*link* du LLCM en composant le 1-613-941-3900.